

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

POUR LE

324

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Bernard-Olivier GUIHENEUC

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 10 juin 1902, à Paris

**DE L'EXCLUSION HAUTE
DE L'ESTOMAC**

Président : M. CUNEO, Professeur

IMPRIMERIE LAHURE

9, RUE DE FLEURUS, PARIS

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Bernard-Olivier GUIHENEUC

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 10 juin 1902, à Paris

**DE L'EXCLUSION HAUTE
DE L'ESTOMAC**

Président : M. CUNEO, Professeur

IMPRIMERIE LAHURE

9, RUE DE FLEURUS, PARIS

—
1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen. M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FLEISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	JOANNON . . . Hygiène.
AUBERTIN. . . Pathol. médicale.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
BÉNARD (Henri). Pathol. médicale.	LAROCHE (Guy). Pathol. médicale.
BROCQ . . . Path. chirurgicale.	LEVEUF. . . Path. chirurgicale
BRULÉ . . . Pathol. médicale.	LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
BUSQUET . . . Pharmacologie.	LIAN . . . Pathol. médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.	MILLOT. . . Histologie.
CATHALA . . . Pathol. médicale.	MONDOR . . . Path. chirurgicale.
CHABROL . . . Pathol. médicale.	MOREAU . . . Pathol. médicale.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	MOULONGUET. Path. chirurgicale.
CHEVALLIER. . Pathol. médicale.	MOURE . . . Path. chirurgicale.
DOGNON . . . Physique.	OBERLING. . . Anat. pathologique.
DONZELOT. . . Pathol. médicale.	OLIVIER. . . Anatomie.
ÉCALLE. . . Obstétrique.	PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
FEY. Urologie.	PORTES. Obstétrique.
GASTINEL. . . Bactériologie.	QUÉNU Path. chirurgicale.
GATELLIER . . Path. chirurgicale.	RICHET. . . . Physiologie.
DE GAUDART-D'ALLAINES. Path. chirurg.	SANNIÉ. . . . Chimie biologique.
GIROUD Histologie.	SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
HARVIER . . . Pathol. médicale.	VALLERY-RADOT
HAZARD. . . . Pharmacologie.	(Pasteur) . Pathol. médicale.
HOVELACQUE . Anatomie.	VAUDESCAL . . Obstétrique.
HUGUENIN. . . Anat. pathologique.	VELTER. . . . Ophtalmologie.
HUTINEL . . . Pathol. médicale.	VERNE Histologie.
	VIGNES. . . . Obstétrique

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	MM.
GUÉNIOT. . . . Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
LEQUEUX . . . Obstétrique.	RETTERRER. . . Histologie.
LEROUX. . . . Anatomie patholog.	ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	MM.
ABRAMI. . . . Clinique médicale.	MATHIEU . . . Clinique chirurgic.
CHIRAY. . . . Clinique médicale.	MOCQUOT. . . Clinique chirurgic.
DEBRÉ Clinique médicale.	PROUST. . . . Clinique chirurgic.
DUVOIR Clinique médicale.	SCHWARTZ . . Clinique chirurgic.
BASSET. . . . Clinique chirurgic.	LE LORIER. . . Clinique chirurgic.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgic.	LÉVY-SOLAL. . Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgic.	METZGER. . . . Clinique obstétric.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE, profess. sans chaire.	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	FREY. Stomatologie.
	CHAILLEY-BERT. Éducation physique
	LEDoux-LEBARD. Radiologie clinique.
	WEILL-HALLÉ. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO,
*Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Commandeur de la Légion d'Honneur.*

En témoignage de ma respectueuse
affection et de ma reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET,

*Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de la Salpêtrière,
Grand Officier de la Légion d'Honneur.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. OKINCZYC,

*Chirurgien de l'Hôpital Beaujon,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET;

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE,

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*



A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

1920. — MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.
1921. — MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL (*in Memoriam*).
MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR.

EXTERNAT

1922. — MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS.
1925. — MONSIEUR LE PROFESSEUR SICARD.
1924. — MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL (*in Memoriam*).
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO.
1925. — MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY.
MONSIEUR LE DOCTEUR SÉZARY.
1926. — MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE.

INTERNAT

1929. — MONSIEUR LE DOCTEUR ROBINEAU.
1930. — MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO.
1931. — MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT.
MONSIEUR LE DOCTEUR OKINCZYK.
1952. — MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.
MONSIEUR LE DOCTEUR J. BRAINE, *Chirurgien des
Hôpitaux*.
MESSIEURS LES DOCTEURS J.-C. BLOCH, SÉNÈQUE,
CHARRIER, PETIT-DUTAILLIS, THALHEIMER, LEBOVICI,
Chirurgiens des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. TAILLEFER,
Chirurgien adjoint de la Fondation Curie.

A MES MAÎTRES de l'École Pratique de la Faculté :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIÈRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELAQUE.

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR DE GENNES,
Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. BLOCH,
Chirurgien des Hôpitaux.

DE L'EXCLUSION HAUTE DE L'ESTOMAC

Nous appelons Exclusion Haute de l'Estomac un procédé opératoire consistant essentiellement :

1° En une section gastrique très haute, partant de l'origine de la petite courbure et aboutissant, sur la grande, en un point variant des $\frac{2}{3}$ aux $\frac{3}{4}$ gauches de celles-ci, suivant l'état de l'estomac.

2° Du côté distal, en la fermeture immédiate du large moignon gastro-pylorique exclu, suivant une des méthodes classiques et de préférence la plus simple.

3° Du côté proximal, en rétablissement de la continuité par implantation gastro-jéjunale suivant les principes de HOFFMEISTER et FINSTERER, à savoir : longue bouche d'anastomose de 6 à 8 centimètres à la partie inférieure, et fermeture de la partie supérieure de la Tranche Gastrique en queue de raquette.

Ce temps d'Exclusion Haute de l'Estomac ne doit être considéré que comme un premier temps, et suivi, à plus ou moins brève échéance, d'une résection gastro-pylorique ou gastro-duodénale, dès lors considérablement facilitée.

Précisons tout de suite que ce deuxième temps est loin

d'être constamment pratiqué; dans un grand nombre de cas, en effet, l'Exclusion Haute améliore l'état des malades à tel point qu'il devient très difficile de les décider à une réintervention.

Cette opération étant ainsi définie, on voit qu'elle ne saurait, en aucun point, être confondue avec l'Exclusion du pylore, ou la Gastrectomie en deux temps.

L'exclusion du pylore, avec ou sans section, associée à la Gastro-jéjunostomie, n'a rien de commun, en effet, avec l'Exclusion haute. C'est, du reste, une méthode à peu près généralement abandonnée aujourd'hui, comme nuisible, et génératrice au premier chef d'ulcus peptique du jéjunum.

Quant à la Gastrectomie en deux temps classique, elle diffère, elle aussi, de notre opération, du fait que le temps de Résection est précédé d'une simple gastro-jéjunostomie, habituellement placée très à gauche.

Au total, l'opération que nous étudions se présente, quand elle est complète, comme une opération de Reichel-Polya Finsterer dédoublée, où le temps d'Anastomose précède le temps d'Exérèse. Cette tendance est encore plus accusée dans notre dernière observation, où l'Exclusion a coïncidé avec une Gastrectomie partielle pré-pylorique.

Nous rejoignons ainsi tout à fait la conception moderne de la gastrectomie en deux temps récemment développée par FINSTERER, et à laquelle il attribue la même qualité de résultats éloignés qu'aux larges Résections immédiates.

Notre étude est basée sur une série de douze observations qu'a bien voulu nous confier notre maître M. le Docteur BERGERET, auquel nous ne saurions trop exprimer ici notre gratitude.

Ces observations s'étendent du 29 mai 1951 au 14 avril 1952.

HISTORIQUE

On sait que l'idée de la Gastrectomie classique en deux temps semble appartenir à Tuholske, qui recourut à ce procédé en 1891. Il fut employé dans la suite par DOYEN, QUÉNU, FRANCKE, KUMMEL, DELORE, PAUCHET, tout d'abord, dans les cas de Cancer, puis dans ceux d'Ulcère de l'Estomac.

A l'occasion d'une récente discussion à la Société des Chirurgiens de Paris, FINSTERER a donné son opinion sur la méthode. Il en ressort, qu'elle est considérée par la majorité des chirurgiens allemands comme une opération d'urgence, chez les malades cachectiques, incapables de résister à une opération importante d'emblée.

La Gastrectomie en deux temps précédée d'une Exclusion Haute, telle que nous l'avons définie plus haut, ne semble pas, jusqu'à plus ample informé, avoir d'origine bien établie. Le docteur BERGERET a été conduit à la pratiquer de la façon la plus naturelle, au cours d'une Résection, particulièrement difficile (Observation I) pour un Ulcère de la face antérieure et du bord supérieur du bulbe duodénal, calleux, avec périiduodénite et adhérence intime au bassinnet de la Vésicule. Le résultat obtenu s'étant montré des plus favorables, l'opération a été pratiquée, consécutivement, sur une échelle un peu plus étendue, et toujours avec de bons résultats.

La récente communication de FINSTERER montre qu'il a effectué antérieurement à nous une intervention très analogue où l'Exclusion était complétée d'une Gastrectomie segmentaire prépylorique. C'est du reste le procédé vers lequel nous tendons actuellement.

D'autres auteurs se sont encore rapprochés davantage de la véritable Exclusion Haute, telle que nous l'avons définie. RHEAUME (de Montréal), dans un récent ouvrage de technique, cite un article de DEVINE (de Melbourne), décrivant une opération très analogue, et qui commence, dit-il, à avoir une certaine vogue dans les Hémorragies à répétition et dans les Ulcus duodénaux qu'on ne peut exciser, tant ils sont étendus.

« La technique de DEVINE consiste à faire une Exclusion partielle de l'Estomac, en le sectionnant complètement, et assez haut pour que le temps d'évacuation se fasse rapidement et que l'acidité soit sûrement diminuée.

« On ferme la brèche pylorique comme dans les techniques classiques, puis on anastomose la tranche supérieure de l'Estomac au jéjunum, à la manière d'un Polya postérieur. »

INDICATIONS

Il va sans dire que l'Exclusion Haute suivie de Résection ne saurait en aucun cas se présenter sur le même plan que la Gastrectomie large d'emblée. C'est à juste raison que celle-ci jouit aujourd'hui d'une faveur croissante, quand elle reste dans la limite, déjà fort étendue, de ses indications. L'amélioration des procédés d'Anesthésie, d'incessants progrès techniques, l'expérience croissante des Chirurgiens, tout concourt à justifier sa place prépondérante.

Cependant et quoi qu'en disent certains, elle n'en reste pas moins une opération grave. Si une des meilleures statistiques, dernièrement publiées, celle de FINSTERER, accuse une mortalité opératoire de 41 % en cas de Cancer étendu, 8,4 % en cas de Cancer limité, 4,7 % dans les Ulcères de la Petite Courbure, et 2,7 % dans ceux du Duodénum, il ne faut pas oublier que tous les Chirurgiens ne peuvent présenter les mêmes chiffres que le Professeur de Vienne. La Statistique du Professeur HARTMANN, en ce qui concerne uniquement les Ulcères Duodénaux, donne 13,65 % de mortalité opératoire pour les Résections étendues et 22,2 % en cas d'Ulcères compliqués. Il serait facile et fastidieux de multiplier ces chiffres. Mieux vaut en tirer une conclusion et reconnaître que, dans certains cas, l'Exclusion Haute eût trouvé, sans doute, son indication

Reconnaissons que celle-ci est assez exceptionnelle. Mais il n'en reste pas moins qu'elle peut constituer une ressource précieuse, dans les cas difficilement extirpables, où la Résection immédiate est franchement dangereuse, et la simple Gastro-jéjunostomie insuffisante.

Si nous analysons de plus près ces diverses indications nous voyons qu'elles doivent être étudiées dans le Cancer, dans les Ulcères Chroniques, et dans les Accidents Évolutifs Aigus de l'Ulcus gastrique.

Le Cancer de l'estomac n'est justiciable de l'Exclusion Haute qu'à titre tout à fait exceptionnel. Il faut l'éviter ici le plus possible. Nous n'en possédons qu'une seule observation (Observation XII). Encore s'agit-il d'un cas douteux au premier abord, sans retentissement ganglionnaire notable et que l'examen a montré être un vieil Ulcère calleux.

Deux éventualités, en effet, s'opposent nettement ici : ou bien il s'agit d'un Néoplasme où la Résection large d'emblée suivant les classiques principes de CUNÉO et HARTMANN est indiquée d'une façon formelle; ou bien il s'agit d'une Sténose cancéreuse déjà ancienne, ayant amené un degré de cachexie générale et d'infection gastrique par rétention qui ne permet pas plus la Résection d'emblée que l'Exclusion Haute. Ici, la dérivation trouve une de ses indications les plus courantes, et peut être suivie, autant que le permet l'étendue des lésions, d'une Gastrectomie secondaire typique. Si dans un cas exceptionnel on décidait de réaliser d'abord une Exclusion Haute, il ne faudrait pas oublier : que les parois gastriques infectées réclament, dans le cas particulier, les sutures les plus attentives; que le Cancer est susceptible de subir, après ce premier temps, un véritable coup de fouet évolutif

et que, par conséquent, le temps d'Exérèse devra être effectué le plus rapidement possible, dix à quinze jours, en moyenne, après la Dérivation.

Du reste, il semble bien que le fâcheux pronostic de récidence précoce, porté par FINSTERER, par PAUCHET, et par la majorité des auteurs, sur la Gastrectomie en deux temps dans le Cancer de l'Estomac, doive également s'appliquer aux tentatives d'Exclusion Haute.

Dans l'Ulcère chronique de l'Estomac, et surtout du Duodénum, l'Exclusion Haute trouve, par contre, des indications un peu plus nombreuses.

Les unes sont d'ordre général. Les malades tarés, les obèses, les azotémiques constituent une première catégorie de sujets susceptibles de bénéficier de l'intervention. Ce n'est pas la seule; les Cachectiques, ou les malades très fatigués à myocarde défaillant, en sont une seconde. Enfin, les infectés, atteints de Sténose pylorique et d'Ulcère en période inflammatoire subaiguë, seront grandement favorisés par une Opération dédoublée, qui rétablira d'emblée leur transit, et mettra en repos la zone ulcéreuse.

Mentionnons encore, parmi les indications générales, celles que les circonstances peuvent imposer au Chirurgien quand, sous une Anesthésie mauvaise, il opère un malade, adipeux et taré, d'un Ulcère calleux très adhérent. L'Exclusion Haute lui offre alors une manière non choquante et rapide de terminer l'intervention.

Mais ce sont les indications locales anatomo-pathologiques qui sont de beaucoup les plus importantes.

L'Ulcère de la Petite Courbure doit être rarement

l'objet d'une Exclusion Haute. La Gastrectomie d'emblée trouve, en effet, dans ce cas, une de ses indications *optima*. L'Exclusion ne peut qu'être imposée par les circonstances opératoires, ainsi que nous le mentionnons plus haut, ou bien encore être justifiée par la coïncidence d'un autre Ulcère, calleux juxta-pylorique et très adhérent (Observation X).

L'Ulcère duodéal inextirpable d'emblée et l'Ulcère calleux prépylorique constituent, par contre, les indications majeures de notre opération.

FINSTERER a déjà insisté en 1927 sur le fait que, s'il est impossible de réséquer l'Ulcère (Ulcère duodéal pénétrant), il faut pratiquer une Résection gastrique, complétée par l'Exclusion du Pylore. Mais, dans ces cas, l'expérience montre qu'il n'y a aucun avantage à réséquer le Pylore, ce qui aggrave le pronostic immédiat sans apporter aucune garantie supplémentaire pour l'avenir.

Aussi l'Exclusion Haute, qui s'inspire directement de ces principes, est-elle applicable au premier chef aux Ulcères Duodénaux adhérents. Mais, parmi les adhérences qui font qualifier l'Ulcus d'inextirpable, des distinctions s'imposent :

L'Adhérence pancréatique réalise souvent une véritable pénétration de l'Ulcère dans la glande ; elle est considérée par beaucoup d'auteurs comme une des plus difficiles et des plus dangereuses à traiter. On sait, du reste, que la règle est d'exciser le pourtour d'un tel Ulcus térébrant, afin d'éviter la pancréatite aiguë à laquelle un décollement expose.

Certains auteurs, et en particulier le Docteur BERGERET, sont loin d'attacher une importance capitale à cette lésion : ils la considèrent plutôt comme une adhérence des moins graves.

Il n'en va plus de même des adhérences du Pédicule Hépatique. L'adhérence cholédocienne, en particulier, est presque une contre-indication à la Gastro-Duodénectomie; il est rare, en effet, que l'intervention puisse être menée à bien sans blessure du Canal, et sans déterminer, de ce fait, dans un grand nombre de cas, une Fistule biliaire, qui nécessitera une opération itérative pénible et très sérieuse. Cet accident est assez souvent signalé. Plus rarement, le Canal accessoire du pancréas a été lésé dans les mêmes circonstances; s'il arrive par suite d'une anomalie qu'il joue le rôle de Canal principal, sa blessure peut amener des troubles importants. Il semble bien que ce soient ces éventualités, jointes à l'adhérence pancréatique, qui aient amené FINSTERER à développer sa méthode de Résection pour Exclusion.

Enfin, les adhérences très étendues de la face intérieure du foie, et surtout l'adhérence intime qui réunit très souvent le Duodénum à la Vésicule Biliaire, viennent encore plaider en faveur de l'Exclusion Haute. Cette troisième catégorie d'adhérences nécessite, en effet, de gros délabrements qui conduisent parfois à d'importantes hémorragies en nappe, et presque toujours à l'ablation simultanée de la Vésicule. Mais ce n'est pas le seul intérêt de ce point; il soulève encore, étant donné sa fréquence, le problème des relations de l'Ulcère Duodénal avec la Cholécystite. Ce problème est parfaitement posé par le Professeur OKINCZYK quand il écrit : « La péricholécystite se complique souvent de périoduodénite et les troubles apportés par celle-ci du transit duodénal peuvent fort bien favoriser, avec la stase, l'éclosion d'un Ulcus. De même, les troubles de l'excrétion biliaire, la neutralisation insuffisante du chyme gastrique dans le duodénum, peuvent expliquer l'association des deux affections, biliaire et duodénale. »

Cette étude des adhérences périoduodénales, sous l'angle opératoire, montre donc qu'il existe des Ulcères

duodénaux inextirpables ou très difficilement extirpables. La Gastro-duodénectomie, que prônent certains auteurs, tels NOWAK, PANNETT, FINSTERER même, est une opération certes radicale, mais, dans ces cas, longue, délabrante, et choquante. Au contraire, quatre semaines et parfois moins après le temps d'Exclusion Haute, l'Ulcère mis au repos tend à la cicatrisation, tandis que les adhérences subissent une rétrocession remarquable. Ce fait est généralement signalé et nous l'avons rencontré, pour notre part, avec la plus grande constance. Le second temps d'Exérèse peut alors être effectué dans des conditions infiniment meilleures; la Résection peut être très large et surtout respecter les organes voisins. Ainsi conçue, l'Exclusion Haute, suivie de Gastro-duodénectomie s'il est nécessaire, amène des résultats éloignés aussi bons que ceux de la Gastrectomie complète en un temps.

En présence d'un gros Ulcère calleux prépylorique, également très adhérent, nous ne saurions que répéter, à quelques détails près, ce que nous avons exposé plus haut.

Ces deux lésions représentent donc bien les indications opératoires essentielles de l'Exclusion Haute, dans les Ulcères chroniques.

Cette intervention est-elle de mise dans les accidents aigus de l'Ulcère Gastrique ou Duodéal? Aucune observation de ce genre n'a encore été publiée, à notre connaissance. Mais il semble qu'il y ait là une tentative intéressante, en particulier dans le traitement des Hémorragies Gastro-Duodénales.

Cette question a été et reste encore tout à fait d'actualité. Le Professeur CUNÉO, dans un récent article, formule à cet égard les conclusions suivantes :

« Opérer dès qu'on aura l'impression que le malade est en état de supporter l'intervention. Dans la grande majorité des cas, c'est la Gastro-jéjunostomie postérieure qui constitue l'opération de choix. *S'il s'agit d'un Ulcère duo-*

dénal, je conseille de la compléter par une Exclusion, malgré les inconvénients possibles de celle-ci. La production ultérieure d'un Ulcère de la bouche est une complication éloignée qui ne doit pas compter à côté des assurances que donne l'Exclusion, en ce qui concerne la suppression du passage des aliments et du suc gastrique sur l'Ulcération. D'autre part, je conseille formellement, surtout dans les cas où l'Ulcère a été repéré, de pratiquer une Hémostase temporaire de la région qu'il occupe, soit par une quadruple ligature des arcades marginales, soit par la ligature des vaisseaux qui en émanent et se dirigent vers l'Ulcère. »

Et CUNéo ajoute : « Faut-il aller plus loin et dire avec certains chirurgiens que la Gastrectomie est, en tant qu'opération hémostatique, l'opération de choix? Théoriquement cette manière de voir serait défendable si l'état du malade ne jouait un rôle important dans le choix de l'intervention. »

N'y a-t-il pas, dans ce texte, beaucoup plus d'arguments qu'il n'en faut, pour justifier l'introduction de l'Exclusion Haute parmi les meilleures méthodes de traitement des Hémorragies Gastro-Duodénales? Moins choquante que la Gastrectomie, à peine plus compliquée qu'une Gastro-jéjunostomie avec Exclusion pylorique et Ligatures quadruples, l'Exclusion Haute réalise les mêmes qualités d'Hémostase et de Dérivation, si ce n'est mieux, que les interventions précédentes. D'autre part, elle prépare les voies d'une façon parfaite à une Gastrectomie, dont l'indication peut se présenter dans la suite, avec un caractère d'angoissante acuité. Nous possédons deux observations d'Exclusion Haute pour Hémorragie : l'une, du Docteur BERGERET, concerne un malade très spécial, atteint d'un syndrome d'Hémorragie en nappe pour lequel on est intervenu *in extremis*; l'autre, qu'a bien voulu nous permettre de publier M. le Docteur BOPPE, et dont nous le remercions

infiniment, concerne un jeune sujet, qui fit, coup sur coup, d'abord une perforation opérée, puis des hémorragies répétées, guéries par l'Exclusion et Ligatures quadruples. Ainsi, peut-être verra-t-on d'ici peu de temps, dès l'Exclusion Haute, plus encore qu'une Opération applicable aux Ulcères chroniques adhérents, le type de l'opération d'urgence, dans les Hémorragies Gastriques ou Duodénales récidivantes.

Nous ne possédons, malheureusement, aucune observation analogue de son emploi au cours des Perforations aiguës Duodéno-pyloriques. Mais si l'on veut bien convenir, d'une part, de la difficulté souvent éprouvée à occlure exactement ces perforations (notamment en cas de gros Ulcus calleux); d'autre part, du rétrécissement pylorique fréquemment déterminé par la suture, et qui nécessite presque toujours immédiatement, d'autres fois secondairement une Gastro-jéjunostomie, il paraît bien que l'Exclusion Haute trouverait encore ici une importante indication.

En présence d'un Ulcère calleux juxta-pylorique récemment perforé, chez un malade résistant, Ulcère dont l'ablation ultérieure pourrait être franchement envisagée, il nous semble que cette intervention pourrait être recommandée. Elle serait, en tout cas, infiniment moins choquante que la Gastro-pylorectomie d'urgence préconisée par certains, et à peine plus compliquée qu'une Suture en étages avec Gastro-jéjunostomie complémentaire. Et, d'autre part, combien d'avantages n'offrirait-elle pas sur cette dernière opération? Dérivation absolue et définitive du bol alimentaire; mise au repos complet de la région ulcéreuse, favorisant la cicatrisation et tendant à éviter, plus encore que la Gastro-jéjunostomie, des Hémorragies répétées, comme il est arrivé au malade du Docteur BORPE. Enfin, la fonte progressive et rapide des adhérences permettra l'exécution, autant qu'elle sera nécessaire, d'une Gastrectomie secondaire dans les conditions les meilleures.

En Conclusion, l'Exclusion Haute ne saurait, en aucun cas, se présenter sur le même plan que la Gastrectomie large d'emblée, si en faveur aujourd'hui.

Dans les Ulcères chroniques elle trouve une indication rare, mais très importante : ce sont les Ulcères calleux juxta-pyloriques, et plus encore les Ulcères Duodénaux non extirpables d'emblée. Il est hors de doute que la Gastrectomie en deux temps abaisse considérablement, en de tels cas, la mortalité opératoire. Or, toutes les fois où la Gastrectomie en deux temps est indiquée, la façon la plus simple et la plus rationnelle de la pratiquer, celle qui permet d'exécuter un second temps facile et large, est indéniablement l'Exclusion Haute à la FINSTERER, suivie de Résection étendue.

Dans les accidents aigus, le champ des indications opératoires de l'Exclusion Haute paraît des plus importants. Tant au cours des Hémorragies, qu'au cours des Perforations, elle semble une opération d'avenir. Les chirurgiens étrangers, et, en particulier BALFOUR et DEVINE, la considèrent ainsi; nous ne saurions négliger leur opinion dans une question d'urgence aussi controversée.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Nous pouvons concevoir maintenant les avantages que présente notre procédé sur les autres opérations : Gastro-jéjunostomie, Gastrectomie classique en deux temps, et Résection.

Sur la Gastro-jéjunostomie, les avantages sont pour l'Exclusion qui doit éviter, pour peu qu'elle soit assez haute, l'éventualité d'Ulcus peptique; d'autre part, la largeur et la déclivité de la bouche, l'atonie du moignon gastrique proximal assurent un drainage presque toujours parfait. Tout ceci, du reste, ne saurait enlever ses mérites à la Gastro-jéjunostomie dont les indications dans le traitement de l'Ulcère duodénal et de l'Ulcère gastrique prépylorique seront toujours très étendues, et la bénignité supérieure.

On ne saurait soutenir la même opinion envers la Gastrectomie classique en deux temps. Ici les avantages de l'Exclusion Haute sont tels que nous ne craignons pas d'affirmer que, toutes les fois où une Gastrectomie dédoublée sera utile, on devra l'effectuer suivant notre méthode. En effet, dans le procédé classique, si la bouche est en situation normale, prépylorique, elle se trouve, dans la majorité des cas, en pleine zone inflammatoire; d'autre part, la nécessité de sa résection et de sa transplantation vient ajouter au deuxième temps une complication inutile.

Inversement, si la bouche est placée très à gauche, comme il est recommandé de le faire (et elle n'est jamais assez à gauche, elle draine mal, ou ne draine pas, et expose à l'Ulcus peptique et au *Circulus vitiosus*.

Sur la Résection, les avantages sont d'ordre purement général, en ce sens que l'opération est plus courte, infiniment moins délabrante, ainsi que nous l'avons exposé plus haut, et que, partant, le choc et la mortalité opératoire sont très sensiblement diminués.

Voyons maintenant quels sont les Inconvénients de l'Exclusion Haute.

Tout d'abord c'est une opération faite en deux séances opératoires distinctes. La rétrocession des lésions, l'amélioration patente de l'état général éloignent le malade du temps d'Exérèse. On a souvent les plus grandes difficultés à l'y décider. Il nous semble inutile d'insister sur ce grave défaut, si l'opération s'adresse, par exemple, à un Néo-plasme Gastrique.

Le deuxième inconvénient, signalé par FINSTERER, est la possibilité d'accidents aigus, hémorragie, ou perforation, dans l'intervalle des deux temps. En ce qui concerne l'Hémorragie nous en avons malheureusement à déplorer un cas (Observation IX). Il s'agit d'un malade qui, après des suites opératoires parfaites, était en convalescence chez lui, en province, et qui succomba au bout de huit jours avec Melena répétés et abondants. Ce cas démontre donc que, pour être rares, ces complications hémorragiques entre les deux temps opératoires n'en doivent pas moins être prises en considération.

TECHNIQUE

Nous n'avons rien de particulier à dire des soins préparatoires. Ils sont, à l'heure actuelle, bien connus de tous; nous insisterons seulement sur l'intérêt que peut présenter chez ces malades, tarés ou cachectiques, la Transfusion sanguine avant l'intervention.

Le mode Anesthésique employé dans les douze observations que nous rapportons plus loin a été le plus souvent une Anesthésie générale combinée : Éther au début de l'Intervention, Protoxyde d'Azote au cours du temps viscéral, Éther de nouveau pour la fermeture de la paroi. L'Anesthésie rachidienne, à la Percaïne, le plus souvent, plus rarement à la Syncaïne, a donné satisfaction dans les cas où elle a été utilisée. L'Anesthésie locale, préconisée par FINSTERER, n'a été employée que dans un cas; nous n'avons contre elle aucune prévention, et nous souscrivons plutôt volontiers à son utilisation, de préférence aux autres Modes, quand l'indication d'une Exclusion Haute se présente.

En ce qui concerne la Technique Opératoire proprement dite, une première distinction s'impose selon qu'il s'agit d'Ulcère, Duodénal ou Pylorique, ou de Cancer de l'Estomac.

En cas d'Ulcère Duodéal ou Pylorique nous devons, pour la commodité de l'exposé, distinguer encore la Tactique Opératoire et les détails d'Exécution purement techniques.

La Tactique Opératoire montre qu'après la Section Gastrique, toujours très à gauche, qui constitue le premier temps de toute Exclusion Haute, deux Méthodes principales peuvent être suivies. La première consiste à fermer le moignon gastrique distal, sans en pratiquer la moindre Résection, et à effectuer ensuite l'Implantation Gastro-jéjunale; ces deux temps peuvent être inversés, *ad libitum*. La deuxième Méthode consiste, avant ou, de préférence, après Implantation Gastro-jéjunale, à pratiquer une Résection partielle. Celle-ci intéresse le Corps de l'Estomac et la moitié ou la totalité de l'Antre Pylorique, suivant les facilités du décollement, qui sera toujours très prudent, et, surtout, devra permettre une fermeture facile. Cette Méthode est celle que préconise FINSTERER et qui se rapproche beaucoup de la Résection pour Exclusion : Il faut la considérer comme la Méthode la meilleure; c'est celle que le Docteur BERGERET est actuellement décidé à suivre aussi souvent que possible.

Examinons maintenant les détails d'Exécution Technique au cours de différents temps opératoires; à savoir : la Section, l'Implantation Gastro-jéjunale, la Résection, et la Fermeture du côté distal.

La Section Gastrique comporte les détails suivants :

Ligature haute de l'Artère Coronaire Stomachique, au niveau de sa crosse, assez près de son origine. Cette ligature est posée au moyen d'un fil de catgut solide, de préférence au lin ou à la soie.

Ligature double, au catgut, de l'Artère Gastro-épiploïque gauche. Celle-ci correspond au point de section sur la Grande Courbure, que nous précisons plus loin. La Liga-

ture du côté distal sert de point de départ au surjet péritonéal.

Mise en place des clamps, au nombre de deux de chaque côté, après effondrement partiel du ligament Gastro-colique.

Enfin, Section de l'Estomac, suivant une ligne nettement déterminée avant toutes ces manœuvres.

Celle-ci part, sur la petite courbure, d'un point assez exactement précisé, très haut, à deux centimètres au-dessous du Cardia. Son aboutissant, sur la grande courbure, est loin de présenter la même exactitude; pour FINSTERER, ce point répond à l'origine du ligament Gastro-splénique; il nous semble plus sage de laisser à cet égard un certain flottement. En effet, ce point varie considérablement suivant les dimensions, et la tonicité de l'Estomac; il importe, surtout, qu'il laisse à sa droite les trois quarts ou les deux tiers de la grande courbure, de sorte que la ligne de Section Gastrique, franchement perpendiculaire à celle-ci, ne puisse déterminer en aucun cas la formation d'un éperon.

A ce moment le moignon Gastrique distal, enveloppé d'un clamp, est rabattu à droite, et l'on passe au temps suivant.

L'Implantation Gastro-jéjunale est réalisée d'après les principes de HOFFMEISTER et FINSTERER. C'est-à-dire que la bouche, déclive, longue de 6 à 8 centimètres, occupe la partie inférieure de la Tranche gastrique; que la partie supérieure de celle-ci est fermée en queue de raquette; enfin que l'anastomose se trouve tout entière dans l'étage sous-mésocolique.

Nous n'avons pas à développer ici les avantages que présente cette manière de procéder: rappelons seulement qu'elle est très nettement supérieure à la Méthode de REICHEL-POLYA classique, qui utilise la totalité de la tranche gastrique et la prédispose à une rotation horizontale secondaire, susceptible de nuire gravement au bon fonctionnement de l'anastomose.

Dans le cas présent on procédera aux manœuvres suivantes :

1° Création de la brèche mésocolique. Le Mésocolon Transverse étant bien étalé, on l'ouvre parallèlement à ses vaisseaux, suivant les précautions habituelles, aussi à gauche de la ligne médiane que la section gastrique le commande, sur une longueur de huit centimètres environ.

2° La lèvre gauche de la brèche est immédiatement fixée à la face postérieure du moignon gastrique proximal, par plusieurs points séparés au catgut. Cette fixation est délicate; il faut veiller notamment qu'elle ne gêne pas la pose du surjet séro-séreux postérieur.

3° La première anse jéjunale est recherchée de haut en bas, à travers la brèche mésocolique; on la trouve d'habitude assez facilement; on l'attire sans la moindre tension, de la longueur nécessaire, et on la présente le long de la tranche gastrique.

4° On la fixe à la face postérieure de l'Estomac, par un surjet séro-séreux au catgut, parallèle à la tranche gastrique, sur une hauteur de 8 centimètres environ, et qui part du point supérieur pour se terminer à la grande courbure. Ce surjet est passé à la petite aiguille de Reverdin courbe. Il doit rester dans le plan transversal, à cinq millimètres environ de la section gastrique, et de l'axe médian du bord jéjunal opposé au bord mésentérique. On le sectionne, et l'on en repère les deux extrémités.

5° Un clamp est posé sur l'anse jujénale ainsi fixée, on l'oblitére entièrement.

6° L'anse est ouverte, à cinq millimètres environ en dehors de l'accolement, parallèlement à lui, à partir de la grande courbure, et bien entendu sur une longueur inférieure à celle du surjet séro-séreux.

7° On procède alors aux sutures anastomotiques proprement dites.

Le principe consiste à affronter tout d'abord, par un

surjet total, les tranches gastriques et jujénales; puis à fermer, par un surjet musculo-muqueux, la queue de raquette gastrique; enfin à enfouir le tout sous un surjet séro-séreux antérieur, qui part de la grande courbure pour aboutir au cardia.

Ces desiderata sont réalisés par l'intermédiaire des artifices suivants :

La petite aiguille de Reverdin, courbe, perfore le milieu de la tranche postérieure de l'anastomose gastro-jéjunale. Elle ramène un long fil de catgut qui sera le surjet total. Celui-ci est noué, à ce niveau, en son milieu, par un double nœud; il en résulte la formation de deux longs chefs de catgut.

Le chef inférieur accole en points totaux, de haut en bas, la partie inférieure de la lèvre postérieure de l'anastomose, franchit l'angle inférieur qu'il invagine en conservant l'ordre de passage du fil dans les tuniques par le procédé dit « point de roulottage » et gagne la partie inférieure de la tranche antérieure où il est arrêté.

Le chef supérieur, un peu plus loin que le précédent, remonte sur la paroi postérieure de l'anastomose en points totaux; il franchit l'angle supérieur, en solidarisant au jéjunum les deux lèvres de la tranche gastrique; il atteint ainsi la partie sus-anastomotique de celle-ci et la ferme, depuis ce point d'angle, jusqu'au cardia en accolant, à l'aller, la tunique muqueuse, au retour la tunique musculaire.

A ce moment, il est revenu à l'angle supérieur de l'anastomose : quelques points totaux sont passés; puis, on descend sur la lèvre antérieure de l'anastomose, en n'affrontant que les muqueuses jéjunales et gastriques. On rencontre enfin le point d'arrêt du chef inférieur; les deux fils sont alors solidarisés, puis coupés.

L'Opérateur retire alors les clamps, se lave les mains,

ainsi que son aide, prend un nouveau fil de catgut, serti cette fois dans une longue aiguille droite, et mène, de bas en haut, un long surjet séro-séreux antérieur, solidarisé au départ avec le séro-séreux postérieur, solidarisé avec le même à l'angle supérieur de l'anastomose, et terminé très attentivement contre le bord droit du cardia.

8° La lèvre droite de la brèche mésocolique est alors fixée par une série de points à la face antérieure de l'Estomac, de telle sorte que la totalité de l'anastomose se trouve dans l'étage sous-mésocolique de l'abdomen.

La Résection partielle du côté distal peut être ou non effectuée; nous y tendons toutes les fois qu'elle est possible, sans ajouter au choc opératoire et sans déterminer de délabrements d'aucune sorte.

Son étendue sera toujours restreinte, comprenant le corps de l'Estomac et l'Antre (petite tubérosité) en totalité ou en partie. De toutes façons, il est essentiel de pouvoir réaliser facilement et sans décollements la fermeture de la tranche distale, sans quoi l'opération d'Exclusion Haute perdrait la majorité de ses avantages techniques.

Cette Résection est faite de la manière la plus simple et la plus classique : sur la grande courbure, l'épiploon est progressivement libéré après ligature des vaisseaux : on termine par double ligature de la Gastro-épiploïque à la hauteur de la section ; une ligature homologue est posée sur la petite courbure.

Faut-il maintenant réséquer la muqueuse de l'antre pylorique, ainsi que le recommande FINSTERER ? Le but recherché par cet auteur est de tarir, par ce moyen, la sécrétion gastrique, d'éviter parfois la deuxième opération et surtout la formation d'un Ulcus jéjunal secondaire. Il nous semble que cette complication opératoire est inutile, car la muqueuse incriminée est privée d'une grande partie de son innervation et de sa vascularisation; elle doit

donc très peu sécréter, et ce qu'elle sécrète doit être facilement neutralisé par le duodénum.

En ce qui concerne la fermeture de la Tranche distale, nous n'avons pas adopté, non plus, l'opinion du Professeur de Vienne. FINSTERER insiste, en effet, sur la solidité toute spéciale avec laquelle on doit pratiquer cette fermeture, à peine séparée et en y ajoutant une épiplooplastie. Il invoque, pour défendre ses principes, le fait que les tuniques sont enflammées et infiltrées, et n'offrent pas à l'opérateur de sécurité absolue.

Dans nos observations, cette suture a toujours été faite de la manière la plus simple, qu'il y ait ou non Résection partielle. Un surjet occlusif et hémostatique, pour empêcher la formation d'un épanchement sanguin dans ce qui reste de cavité gastrique, a été enfoui sous un autre surjet séro-séreux. Ces sutures, en effet, ne supportent aucun effort, et l'existence d'un plan musculaire, particulièrement solide, ne nous a pas semblé nécessaire.

On procède alors à la fermeture de la paroi, que nous avons l'habitude de réaliser en deux plans ; l'un, profond, péritonéo-aponévrotique, en points séparés au catgut chromé ; l'autre superficiel *ad libitum*. La fermeture en un plan peut être également utilisée avec avantage ; elle permet de terminer plus rapidement l'intervention ; la réfection de la paroi sera soignée davantage à la fin du deuxième temps.

Dans presque toutes nos observations, un gros drain n° 45 a été mis en place dans la région épigastrique. Cette pratique nous paraît très utile, puisqu'il s'agit presque toujours d'Ulcères calleux plus ou moins infectés, et souvent d'un estomac qui a souffert d'une phase plus ou moins longue de rétention partielle.

Après quatre à cinq semaines, les lésions ayant rétro-cédé dans des proportions souvent étonnantes, le deuxième temps de Gastrectomie ou de Pyloro-Duodénectomie pourra être effectué. Nous n'avons rien de particulier à en dire quant à sa technique, habituellement très simple et très classique.

En cas de Cancer de l'Estomac, quelques modifications doivent être apportées à la technique précédente :

Nous avons déjà vu qu'ici, autant que possible, l'Opération en deux temps doit être évitée. Mais, si l'on y est contraint, on devra procéder de la façon suivante :

Au cours du premier temps, la Section Gastrique portera, bien entendu, le plus haut possible : l'Artère Coronaire sera sectionnée à son origine ; la petite courbure dépouillée dans sa portion juxta-cardiaque. L'Implantation Gastro-jéjunale sera de préférence effectuée en premier lieu, et la suture très soignée à son extrémité supérieure, source habituelle des fistules gastriques. Enfin, on ne pratiquera aucune résection partielle.

Le deuxième temps sera, aussitôt que possible, huit à dix jours après la précédente intervention. Il sera, bien entendu, très large, suivant les principes universellement admis à l'heure actuelle.

Qu'il s'agisse d'Ulcère ou de Cancer, les soins post-Opératoires prennent une importance de premier plan. Le cœur, les reins, les poumons de tels malades tarés, cachectiques ou infectés seront surveillés et soutenus avec la plus extrême vigilance.

Le traitement médical, dans les mois qui suivront, devra être appliqué avec persévérance et régularité. Nous ne saurions trop insister, en effet, sur l'intérêt de tels détails, qui contribuent, dans une large mesure, à la valeur des résultats éloignés.

RÉSULTATS

Nous apportons les résultats de douze observations, parmi lesquelles il faut distinguer :

1° Sept ulcères calleux du duodénum juxta-pyloriques, qui ont été traités : un par Exclusion Haute suivie de Gastro-Duodénéctomie ; un par Exclusion Haute et résection partielle ; cinq par Exclusion Haute seulement.

2° Un ulcère calleux pylorique n'a subi que le premier temps d'Exclusion. Le malade est décédé deux mois plus tard, après huit jours de melæna. Ces opérés doivent donc être surveillés de très près et le second temps pratiqué très vite si le résultat n'est pas parfait. Cette observation ne constitue pas une objection à la Méthode de Traitement des Hémorragies graves par l'Exclusion. En effet, ce traitement consiste, non seulement en l'Exclusion, mais en la ligature concomitante de l'Artère Gastro-Duodénale pour les Ulcères juxta-pyloriques, ce qui n'avait pas été pratiqué chez notre malade, du fait qu'il n'avait pas d'Hémorragies au moment de l'intervention.

3° Deux Ulcères calleux de la petite Courbure, siégeant l'un à 6, l'autre à 5 centimètres du pylore (ce dernier coïncidant avec un Ulcère de la face antérieure du bulbe Duodénal) ont été traités par la seule Exclusion Haute.

4° Un Pseudo-Cancer du Pylore adhérent au foie, traité

par Exclusion, puis Gastro-pyloréctomie large, et que l'examen histologique a montré être un Ulcère calleux.

A ces douze cas de lésion chronique, appartenant à M. le docteur BERGERET, nous pouvons ajouter un cas d'Exclusion Haute pour Hémorragie du docteur BOPPE, et un cas analogue pour Hémorragies profuses, celui-ci sans résultat.

Les suites opératoires immédiates ont été bonnes dans l'ensemble de ces Observations.

Les premiers jours, un léger crochet thermique est venu traduire, dans plusieurs cas hospitalisés, un certain encombrement pulmonaire, qui a toujours cédé à la thérapeutique habituelle.

Le drain a été supprimé entre le quatrième et le huitième jour. Les fils ont été enlevés du dixième au quinzième jour, suivant la qualité de la paroi, et les malades sont sortis autour du vingtième.

En ce qui concerne les résultats éloignés, nous avons obtenu des nouvelles de la majorité des malades, qui se déclarent satisfaits du premier temps ; certains ont même été difficiles à convaincre de l'utilité, dans leur cas, d'une deuxième opération.

Chez l'un, nous avons craint, un moment donné, l'apparition d'un Ulcus peptique du jéjunum. Mais les derniers examens ont montré cliniquement et radiologiquement que cette éventualité devait être mise franchement à l'écart et il n'est plus question, devant son parfait état, de réintervenir aujourd'hui.

Nous avons revu personnellement, avec la collaboration du docteur CAROLI, auquel nous exprimons ici notre très vive reconnaissance, quatre de ces malades. Nous avons pu les examiner ainsi entièrement sous les angles Clinique et Radiologique.

Cliniquement ces malades se sont tous présentés en très

bon état général. Tous accusaient une augmentation de poids notable depuis l'époque de leur sortie, ainsi que le retour de leur activité. Dans l'ensemble, leurs digestions étaient très bonnes : l'un d'entre eux s'est plaint, au début, de légères douleurs post-prandiales avec bouffées de chaleurs, dont l'origine tenait à sa mauvaise dentition. Depuis, tout est rentré dans l'ordre et il s'alimente normalement. Les autres ont cessé de souffrir très vite ; ils prennent aujourd'hui leur repas sans éprouver aucunement les sensations décrites sous le nom de « petit Estomac ». Aucun d'entre eux ne présente non plus les phénomènes diarrhéiques qui ont été publiés par quelques auteurs.

Les examens Radiologiques que nous avons pratiqués ont été particulièrement instructifs. D'une manière générale, on peut dire que l'Exclusion Haute fonctionne exactement comme l'Opération complète de REICHEL-POLYA-FINSTERER.

Du côté distal, on ne voit absolument rien d'anormal. Quelquefois seulement, à peine un très léger reflux dans les deux ou trois premiers centimètres de l'anse jéjunale afférente.

Du côté proximal, les résultats radiologiques qu'ont trouvés MM. BERGERET et CAROLI dans les Gastrectomies sont exactement superposables à ceux que nous avons trouvés dans les Exclusions Hautes. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire leur opinion :

« Dans une première phase de remplissage, pendant que l'opéré boit le lait baryté, et au fur et à mesure des gorgées qu'il absorbe, on note que le moignon gastrique, en même temps qu'il se remplit, se vide par incontinence, et l'on voit une portion du repas injecter les anses grêles. Cette évacuation précipitée dure à peu près le temps que le malade met à boire son bol de lait baryté. On peut évaluer que cette évacuation immédiate entraîne à peu près dans l'intestin un quart ou un tiers de la baryte absorbée.

« La bouche, dans ces cas où le résultat fonctionnel est excellent, est donc parfaitement incontinente. Mais cette incontinence en trombe du début cesse de se produire dès que les premières anses sont remplies. A partir de ce moment, les mouvements intestinaux règlent par leur rythme l'évacuation de l'Estomac.

« On peut faire l'expérience suivante : après avoir donné un premier repas baryté, on attend que la dernière bouchée quitte l'Estomac réséqué. Si l'on fait aussitôt absorber un nouveau bol de baryte, on n'observe plus l'évacuation en masse du début.

« A la phase de remplissage succède donc une phase d'évacuation rythmique. On peut voir à ce moment la forme de l'Estomac réséqué. En général, il se présente comme un moignon conique, souvent conformé en entonnoir; il est presque toujours extrêmement réduit. D'autres fois l'extrémité inférieure est un peu plus large, mais elle ne comporte jamais de dilatation sus-anastomotique reconstituant un bas-fond.

« La bouche est parfaitement déclive, l'inertie du moignon gastrique est constante. Ces moignons ne sont pas immobiles; ils sont solidaires des mouvements du diaphragme et présentent une incursion respiratoire très étendue. Mais, si l'on demande au malade d'immobiliser un instant son diaphragme, on constate qu'ils sont tout à fait immobiles et ne présentent aucune contraction.

« L'évacuation se fait donc uniquement par incontinence et son rythme est réglé par les contractions de l'intestin grêle qui arrivent très aisément à suppléer à l'absence d'un sphincter. Cette évacuation se fait d'ordinaire en vingt à vingt-cinq minutes. »

Tels sont les résultats radiologiques que nous avons vérifiés et que l'on trouvera, à quelques détails près, dans chaque observation.

Une dernière question, d'ordre Histo-physiologique, reste alors à élucider. Que devient, après Exclusion Haute, le moignon gastrique distal ?

Nous n'avons, à notre vif regret, à l'heure actuelle, aucune pièce opératoire à présenter. Cette lacune doit être comblée incessamment. En tout cas, nos constatations cliniques n'ont mis en relief aucune gêne apparente du transit gastro-intestinal, due à la sécrétion du moignon. DEVINE aurait même démontré dans son travail, d'après RUÉAUME, que l'analyse du suc gastrique, après Exclusion Haute, était meilleure qu'après les Gastrectomies partielles. Il attribuerait ce fait à la possibilité que le moignon pylorique aide à l'alcalinisation du contenu stomacal.

OBSERVATIONS

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nos observations sont au nombre de quatorze, réparties de la manière suivante :

1 ^{re} Ulcères duodénaux	6
2 ^{re} Ulcères pyloriques	2
5 ^{re} Ulcères de la petite courbure	2
4 ^{re} Hémorragies ulcéreuses	2

OBSERVATION I

Ulcère^{anc} calleux de la face antérieure et du bord supérieur de D-I avec périoduodénite et adhérence intime à la Vésicule biliaire.

P. Gabriel, 57 ans (Docteur RACHET ¹).

I. — Long passé intestinal. En 1916, le malade contracte en Macédoine une dysenterie aiguë, traitée avec succès par le sérum. L'état général, très atteint, se remonte lentement.

En 1926, reprise des phénomènes dysentériques (diarrhée séro-sanglante) qui apparaissent à intervalles éloignés, au rythme d'une crise annuelle environ, sans qu'il ait jamais été fait d'examen spécial ni de traitement anti-dysentérique.

Les crises très douloureuses, fébriles, avec subictère des conjonctives, sont traitées par les simples désinfectants intestinaux. En 1930, un examen radiologique aurait montré « une bride à un travers de main à gauche de l'angle hépatique, fixant le côlon transverse ». Au cours d'une crise plus violente, le malade présente des vomissements; il est alors envoyé au Docteur RACHET, pour examens complémentaires.

L'examen (avril 1950) montre une grosse dilatation avec clapotement, et une contraction douloureuse en corde du côlon descendant. La rétroscopie ne révèle aucun signe de Vecto-colite Dysentérique. L'examen des selles ne décèle aucun parasite, mais simplement des signes de colite muqueuse avec tendance aux putréfactions.

La Radioscopie (Docteur LAGARENNE) met en évidence des signes de colite manifestes, mais surtout sur la Petite Courbure et dans la région prépylorique, une rigidité nette avec amorce d'image lacunaire.

Le lendemain de l'examen radiologique, le malade présente une Hémorragie intestinale de sang noir extrêmement grave, pour

1. Nous exprimons ici tous nos remerciements à M. le Docteur RACHET qui a bien voulu nous communiquer très obligeamment cette observation.

laquelle le docteur RACHET est appelé d'urgence. Le surlendemain, Hématémèse.

L'état très grave nécessite une transfusion sanguine immédiate, puis une série de petites transfusions répétées. A la suite de ce traitement, le chiffre des Hématies remonte à 4 millions et l'intervention peut être pratiquée.

II. — **Intervention** (Docteur BERGERET).

1° Exclusion haute.

2° Résection.

1^{er} temps. — 29 mai 1931.

Ulcère de la face antérieure et du bord supérieur de D1, caeux, avec périoduodénite, adhérent intimement au bassinet de la Vésicule.

Section transversale de l'Estomac.

Fermeture du bout distal.

Implantation Gastro-jéjunale.

Le malade augmente de douze kilogrammes.

2° temps. — 26 novembre 1931.

Ulcère cicatrisé.

Ablation du moignon exclus.

Fermeture du Duodénum.

III. — **Suites éloignées.**

La dernière lettre du malade date de trois semaines. Il a repris son poids normal et n'accuse plus aucun trouble.

OBSERVATION II

Gros Ulcère calleux sténosant de la face antérieure de D-I, avec dilatation Gastrique.

B... Émile, 47 ans (Docteur Félix RAMOND).

I. — Il s'agit d'un malade qui présente depuis quatre à cinq ans des phénomènes d'apparence hépatiques. Subictère et même crises ictériques franches, douleurs de la région vésiculaire, le tout traité avec succès pendant trois ans par l'Agocholine.

Il y a dix-huit mois, apparition de troubles à caractère pylorique. Douleurs tardives, vomissements survenant par crises. Pas d'Hématémèses ni de Méléna. Amaigrissement.

A ce moment, le malade consulte le docteur F. RAMOND, qui l'examine et pose le diagnostic d'Ulcère de la région pylorique avec dilatation gastrique. Le traitement médical n'ayant pas amené d'amélioration une intervention chirurgicale est décidée.

II. — **Intervention**, le 29 octobre 1931 (Docteur BERGERET).

Gros ulcère calleux sténosant de la face antérieure de D1 chez un homme très fatigué.

Grosse dilatation Gastrique.

Exclusion Haute de l'Estomac.

Implantation Gastro-jéjunale.

III. — **Suites.**

Immédiates. Très bonnes.

Éloignées. Ce malade a présenté voici deux mois quelques troubles douloureux qui ont fait craindre l'apparition d'un Ulcus peptique. Depuis tout a disparu et le dernier examen radiologique permet de rejeter formellement ce 1^{re} complication.

OBSERVATION III

Ulcère calleux très adhérent de la face antérieure et du bord supérieur de D-I juxta-pylorique.

D..., Charles, 47 ans.

I. — Entre le 9 novembre 1931 pour crises douloureuses épigastriques.

Début, il y a quatre ans, par une crise de quinze jours de durée, caractérisée par :

Des douleurs épigastriques et de l'Hypocondre droit, irradiant dans le flanc droit et le thorax, mais non pas dans le dos ; survenant brusquement, sans horaire précis, le matin, le soir ou la nuit ; calmées par le Bismuth et les Vomissements.

Vomissements d'horaire également irrégulier et sans rapport net avec la douleur ; fréquents, non alimentaires ; consistant en un verre ou deux de liquide acide, blanc, mousseux.

A la fin de cette première crise, au début d'octobre 1931, accalmie complète de quatre ans, sans que le malade ait suivi le moindre régime.

En octobre 1931, réapparition des mêmes symptômes. Crises courtes, de trois à quatre jours, mais subintrantes, et séparées par des accalmies de même durée.

A l'examen, l'hypocondre droit est douloureux.

L'examen radiologique (Docteur CAROLI) met en évidence une image de Sténose organo-spasmodique du pylore, consécutive à un Ulcus ; la lésion elle-même ne peut être vue, après attente d'une demi-heure.

II. — **Intervention.** 12 novembre 1931 (Docteur BERGERET).

Anesthésie rachidienne.

Ulcère calleux très adhérent de la face antérieure et du bord supérieur de DI juxta-pylorique.

Exclusion Haute.

Implantation Gastro-jéjunale.

III. — Suites.

Immédiates. Normales. Ablation des fils le 11^e et le 14^e jour, sortie le 18^e jour.

Éloignées. Malade revu le 16 janvier 1952. Augmentation de poids. fonctionnement de l'Exclusion comme une Gastrectomie. Le malade se plaint cependant, de bouffées de chaleur et d'un léger syndrome douloureux post-prandial. Le tout paraît dû au mauvais état de sa dentition : soins bucco-dentaires.

Revu à nouveau le 7 mai. L'examen clinique est négatif. L'examen radiologique montre une 1^{re} image d'évacuation gastrique très rapide avec absence de dilatation du grêle. L'inertie gastrique est absolue, l'estomac très bien calibré, la bouche déclive, les évacuations ultérieures réglées par les mouvements du diaphragme. Une demi-heure après l'ingestion tout est évacué.

Le malade, depuis quinze jours, s'alimente normalement.

OBSERVATION IV

Ulcère de la face antérieure de D-I avec diverticule.

Ch. Gustave, 54 ans.

I. — Entré à l'hôpital le 16 novembre 1951 pour un syndrome douloureux épigastrique avec vomissements.

Début en novembre 1925, où le diagnostic est posé, à plusieurs reprises, de Vomissements acétonémiques. Une série de crises particulièrement rapprochées en 1927, puis, nettement caractérisées il y a quatre ans. Chaque crise dure quatre à cinq jours, séparée de la suivante par un intervalle de repos à peu près complet.

La crise consiste en douleurs brusques, survenant deux ou trois heures après le repas, siégeant un peu à gauche (?) du creux épigastrique, au niveau du bord externe du grand droit. Elles sont dépourvues d'irradiations; mais violentes, et contraignent le malade à cesser son travail.

Des *vomissements* tardifs de liquide jaunâtre et hyperacide, non sanglants, surviennent et calment les douleurs.

Pas de *Melæna*.

A l'examen, l'abdomen est d'apparence normale. La palpation réveille un point douloureux au bord externe du grand droit.

Radiographie (Docteur CAROLI). Sténose cicatricielle médio-bulbaire, d'origine vraisemblablement ulcéreuse avec énorme diverticule de pulsion à la base du Bulbe. Ce diverticule est parfaitement contractile et ne présente pas de stase barytée.

Syndrome de REICHMANN avec Acétone constatée dans les urines.

Suites éloignées (7 mai 1952).

Cliniquement. Augmentation de poids, pas de Syndrome de petit estomac, léger syndrome colique : le malade était plutôt atteint de constipation, antérieurement : il présente depuis l'opération deux selles, mais non diarrhéiques, par jour.

L'abdomen est souple.

L'examen radiologique montre un estomac en entonnoir, réduit à la moitié de la portion verticale, avec souche large, déclive, livrant immédiatement passage à la baryte. Le grêle est très légèrement dilaté. En trois minutes, la moitié de la baryte s'évacue dans le grêle ; après dix minutes, l'estomac est vide. Ce malade n'a pas et n'a jamais eu aucun phénomène lientérique.

OBSERVATION V

Ulcère calleux de la face antérieure et du bord supérieur de D-I juxta-pylorique.

C... Maurice, 47 ans.

I. — Entre pour douleurs épigastriques, le 30 novembre 1931.

Début en 1926 par des douleurs d'intensité croissante, évoluant par crises de dix à quinze jours, séparées par une période d'accalmie. Ces douleurs présentent actuellement les caractères suivants, siège sus-ombilical droit, avec irradiations épigastriques et costo-vertébrales du même côté.

Horaires semi-tardifs : 5 h. et 10 h. 1/2 du soir. Elles durent deux ou trois heures, sont accompagnées d'éruptions acides, et se terminent sans vomissements.

Au cours de cette évolution, deux accidents aigus sont à noter :

1° Des hématomés répétés, dans la même journée, en septembre 1929.

2° Un Melæna important et persistant pendant cinq à six jours, en septembre 1931.

A l'examen, l'estomac paraît cliniquement normal sans clapotage, ni ondisations péristaltiques. Le tubage à jeun ne ramène aucun liquide de Stase : l'eau de lavage revient parfaitement claire. La radioscopie (Docteur CAROLI) met en évidence les symptômes d'un ulcère du Bulbe duodénal, avec niche diverticulaire développée aux dépens de la grande courbure de celui-ci.

II. — **Intervention.** Le 2 décembre 1931 (Docteur BERGERET).

Incision médiane sus-ombilicale.

Ulcère calleux large comme une pièce de un franc, occupant la face antérieure et le bord supérieur du DI, juxta-pylorique.

Exclusion Haute.

Implantation gastro-jéjunale.

III. — **Suites.**

Immédiates. Crochet thermique à 39 le 5^e jour. Lavage d'Estomac.

Révulsion. Belladone. Ablation de la moitié des fils le 9^e jour, de la totalité le 15^e. Sortie le 25^e jour.

Éloignées (7 mai).

Le malade s'est plaint de douleurs en ceinture (consécutives à sa rachianesthésie). Le 8 mars, l'examen radiographique de la colonne vertébrale est resté absolument négatif.

Cliniquement, il a engraisé et ne se plaint ni de syndrome de petit estomac, ni de syndrome colique.

La Radioscopie montre une évacuation très rapide avec ébauche de remplissage rétrograde de l'anse afférente (sur 2 centimètres à peine).

Le fonctionnement de la bouche est parfait. En huit minutes, évacuation complète, légère dilatation du grêle. Bride vraisemblable.

OBSERVATION VI

Ulcère de la face antérieure et du bord supérieur de D-I juxta-pylorique.

L..., Henri, 55 ans.

I. — Entré le 22 décembre 1931 pour douleurs gastriques.

Début il y a sept ou huit ans par un syndrome de dyspepsie à type hyperchlorhydrique, aggravé progressivement.

A ce moment déjà, brûlures, de faible intensité, épigastriques, sans irradiations, d'horaire tardif nettement en rapport avec les repas : 5^e, 6^e heure. Parfois surviennent des régurgitations acides, calmant ces douleurs.

Ni Hématémèse, ni Méléna.

Les crises, durant quinze jours à trois semaines et d'abord très espacées, se font de plus en plus fréquentes, jusqu'à devenir presque continues les derniers temps.

Les douleurs tardives, beaucoup plus violentes, irradient sous le rebord costal droit et dans le dos. Amaigrissement accusé.

L'examen ne révèle aucun point douloureux, pas de clapotage, pas d'ondulations. Le tubage à jeun ne ramène pas de liquide de Stase.

L'examen radiologique, particulièrement intéressant, fait assister à la progression de l'Ulcère, en pleine phase inflammatoire, malgré le traitement.

Le 31 octobre, on note un Estomac normal, mais très petit, remonté, et maintenu haut par de solides adhérences. Le Bulbe est petit, irrégulier. Le *genu superius* plus gros que le bulbe. On pose le diagnostic d'Ulcus Bulbaire vraisemblable.

Le malade est mis en traitement par extrait parathyroïdien et bismuth avec résultat nul.

Le 8 décembre, il présente des signes d'Ulcus de plus en plus nets avec périoduodénite plus intense.

Le 19 décembre, les progrès de cet Ulcus térébrant sont si inquiétants depuis le dernier examen que son admission rapide à l'Hôpital est décidée.

II — **Intervention.** 30 décembre 1931, Docteur BERGERET.
Rachianesthésie, 7 milligrammes de Percaïne. Adjonction de protoxyde d'azote général.

Ulcère de la face antérieure et du bord supérieur de D1 juxta-pylorique.

Péritonite plastique très marquée ayant déterminé :

1° Une périépidémite enfouissant l'Ulcère.

2° De la péricholécystite.

3° Dans l'étage sous-mésocolique, des adhérences du grand épiploon et de la face inférieure du Mésocôlon transverse, à la partie haute de la face latérale droite du mésentère.

La branche droite du côlon transversal est fixée au mésentère et au côlon ascendant.

Libération et péritonisation de tous ces organes. Exclusion haute de l'Estomac.

Implantation Gastro-jéjunale dont la bouche est un peu serrée au travers d'un Mésocôlon rétracté.

III. — Suites.

Immédiates : Léger crochet thermique de 38, les cinq premiers jours.

Lavages d'Estomac, Ablation du drain le 8^e jour, des fils le 17^e et 19^e jour. Sorti guéri le 29^e jour.

Éloignées (7 mai) :

Amélioration considérable sous l'influence conjointe des rayons U.V. et du traitement médical. Disparition des douleurs. Aucun trouble gastrique ou colitique.

L'examen radioscopique montre un remplissage normal de l'Estomac, mais pas d'évacuation immédiate. L'Estomac est mobile, et la bouche reste fixe. Six minutes plus tard, il n'y a pas encore d'évacuation rythmée. On pose le diagnostic de retard à l'évacuation par péritonite plastique de la région anastomotique.

OBSERVATION VII

Ulcère calleux sténosant de la face antérieure de D-I juxta-pylorique.

Énorme dilatation de l'Estomac.

L... Marcel, 31 ans.

I. — Entre à l'Hôpital le 5 février 1932 pour crises douloureuses avec vomissements survenant par périodes depuis sept ans.

Douleurs tardives post-prandiales, mal localisées, calmées par les aliments et les alcalins. Vomissements terminaux liquides et alimentaires. Pas d'Hématémèse ni de Melæna microscopiques.

Rapprochement et exagération progressive des crises depuis le début.

A l'examen, peu d'amaigrissement. L'abdomen est souple. On réveille à la palpation profonde une légère douleur en haut et à droite à deux travers de doigt de l'ombilic. L'estomac descend de deux travers de doigt au-dessous de la ligne bis-iliaque.

L'examen radioscopique (Docteur CAROLI) montre une Sténose du pylore par Ulcère juxta-pylorique.

II. — **Intervention**, 10 février 1932 (Docteur BERGERET).

Rachianesthésie, 6 milligrammes de Percaïne.

Ulcère calleux sténosant de la face antérieure de DI juxta-pylorique.

Énorme dilatation de l'Estomac.

Exclusion haute.

Implantation gastro-jéjunale.

III. — **Suites.**

Immédiates, normales.

Éloignées, bonnes.

Le malade ne souffre plus et commence à s'alimenter normalement.

OBSERVATION VIII

Ulcère sténosant de la face antérieure de D-I.

S... Marie, 52 ans.

I. — Antécédents gastriques très anciens. Déjà dix ans avant la guerre, approximativement, la malade accuse des crises qui l'obligeaient à cesser son travail et consistaient en douleurs épigastriques très violentes avec irradiations dorsales survenant à horaire fixe, deux à trois heures après les repas, et non accompagnées de vomissements.

De 1919 à 1925, la malade, ayant une existence moins pénible, cesse d'avoir la moindre crise.

En décembre 1928, les crises reparaissent. A la suite d'un repas plus important et plus lourd que d'habitude, la malade est réveillée à minuit par de violentes douleurs, rapidement suivies de vomissements alimentaires. Depuis, les crises douloureuses n'ont plus cessé.

Six semaines après cet accident, la malade se décide à consulter : elle suit le régime habituel. La radiographie pratiquée à cette époque aurait été négative.

Les crises surviennent régulièrement tous les jours.

Nouvelle consultation : radiographie, tubage ; régime suivi en Clinique, amenant cette fois une amélioration de onze mois.

L'examen radiologique révèle à ce moment l'existence d'un ulcère qui aurait été qualifié de prépylorique. Régime : lait (octobre 1951).

Les crises font leur réapparition, et prennent un caractère subintrant. Elles reviennent à heure fixe après les repas de midi et du soir, suivant un rythme tardif (6 h. et 2 h. du matin). Elles consistent en *douleurs* épigastriques hautes, violentes, avec irradiations dorsales droites ; pas de vomissements ; une Hémorragie nette en mars 1952, sans lendemain, présentant les caractères classiques de Méléna.

Depuis octobre 1951, l'état général décline : Amaigrissement de

dix kilogrammes. Asthénie extrême chez une malade encore très grasse. Cœur légèrement défaillant.

L'examen radiographique pratiqué par le docteur CAROLI a montré les symptômes d'un Ulcère de la région pylorique.

II. — **Opération** le 14 avril 1932 (Docteur BERGERET).

Ulcère sténosant de la face antérieure de D1.

Résection haute avec Implantation Gastro-jéjunale.

Résection partielle de l'Antre.

III. — **Les suites immédiates** ont été parfaites à tous égards ; la malade, revue au début de mai, n'accuse aucun trouble. Seules, les digestions lui semblent encore un peu lentes, au moment où elle quitte la Maison de Santé.

Revue le 25 mai 1932 ; Transit Gastro-jéjunal parfait. Bonnes digestions. Pas de douleurs, pas de petit estomac, pas de diarrhée. Reprise du poids.

OBSERVATION IX

Ulcère calleux juxta-pylorique.

M... Achille, 56 ans.

I. — Entré le 27-7-51, pour un syndrome douloureux épigastrique avec vomissements.

Début, il y a quatre ans, par des douleurs à type de crampes, survenant une heure et demie après les repas, accompagnées de vomissements. Une crise annuelle de quinze jours de durée environ; survenant aux alentours du mois de mars.

Depuis février les crises sont beaucoup plus nettes et plus fréquentes, mais coupées d'accalmies de trois à quatre jours, ou même exceptionnellement de vingt-cinq jours. Douleur précoce, survenant un quart d'heure après la fin des repas, sourde, mais assez violente, dépourvue d'irradiations, accompagnée de régurgitations très acides, avec sensation d'étouffement. Au cours de cet accès, tension épigastrique et impression de clapotage. L'apparition de vomissements alimentaires, spontanés ou provoqués par le malade, ne contenant que les aliments du repas précédent, amène la disparition de tous les symptômes.

Pas d'Hématémèse ni de Méléna macroscopiques.

Anorexie, amaigrissement (22 kilogrammes en six mois).

A l'examen, on note : un point légèrement douloureux au creux épigastrique, mais il n'y a ni voussure, ni clapotage (malade à jeun depuis la veille), ni ondes péristaltiques spontanées ou provoquées.

L'examen viscéral complet est négatif, ni sucre, ni albumine.

L'examen radiologique (Docteur CAROLI) montre l'existence d'un Ulcère gastrique juxta-pylorique.

II. — **Intervention.** Le 29 juillet 1951 (Docteur BERGERET).

Rachianesthésie, 8 centigrammes de Novocaïne.

Incision Médiane sus-ombilicale.

Gros Ulcère calleux de l'Estomac, juxta-pylorique.

Exclusion haute avec implantation Gastro-jéjunale.
Fermeture sur un drain.

III. — Suites.

a) *Immédiates*. Élévation à 39° le 2^e jour, d'origine pulmonaire : toni-cardiaques, Eucalyptine, révulsifs. Lavements créosotés. Ablation du drain le 6^e jour. — Nouvelle poussée pulmonaire à 39°, le 10^e jour; chute de la température en lysis. Ablation des fils le 14^e jour. Sortie le 25^e jour.

b) *Eloignées*. Ce malade a succombé le 30 septembre 1951, à son domicile en province, d'hémorragies intestinales répétées pendant huit jours consécutifs. Il semble très vraisemblable qu'une intervention radicale (2^e temps) d'urgence aurait été susceptible d'éviter ce décès.

OBSERVATION X

Grosse masse calleuse du pylore à la face inférieure du foie.

B... Rose, 60 ans.

I. — Cette malade entre le 27 juin 1951 pour un Syndrome douloureux épigastrique avec vomissements, d'apparition récente.

Le début, qui remonte à un an et demi environ, n'a été caractérisé tout d'abord que par des troubles dyspeptiques légers : aigreurs, pesanteurs après les repas. Mais, depuis un an, le Syndrome est net, il consiste en :

Douleurs épigastriques irradiant en ceinture à la base du thorax et dans la région scapulaire gauche, d'horaire tardif, 4 à 5 heures après les repas; non calmées par l'ingestion d'alcalin.

Des vomissements abondants alimentaires et bilieux, survenant au paroxysme douloureux, terminent l'accès. Lorsqu'ils reviennent, vers une heure du matin, ils paraissent contenir des aliments ingérés à midi.

La malade n'accuse pas d'Hématémèse et n'a pas remarqué l'existence de Melena.

Ce Syndrome qui survenait les premiers temps par périodes de cinq à huit jours, avec intervalles de deux à trois jours, s'est modifié depuis trois mois. Les douleurs, beaucoup plus intenses, sont presque continues, et surviennent précocement, dès l'absorption du moindre aliment, ou même sans cause : par contre, les Vomissements, plus fréquents, sont restés tardifs.

Cet état s'accompagne d'un amaigrissement très net avec Asthénie. Il n'y pas de température.

L'examen local met en relief l'existence d'une induration douloureuse et mal limitée du creux épigastrique. La radiographie ne montre aucune modification morphologique(?).

II. — Gastrectomie en deux temps

1^{re} Intervention. 1^{er} juillet 1951. (Docteur BERGERET.)

Anesthésie au protoxyde d'azote.

Incision Médiane sus-ombilicale.

Grosse masse calleuse du pylore, qui est soit un Ulcère calleux, soit un Néoplasme sans retentissement ganglionnaire important.

Exclusion Haute avec Implantation Gastro-jéjunale afin de pouvoir pratiquer l'extirpation dans un second temps.

Fermeture. 4 drain.

Suites de ce premier temps bonnes, légère poussée thermique à 38° — 38°,5 pendant les quatre premiers jours. Tonicardiaques habituels. Sérum glucosé. Eucalyptine. Ablation du drain le 8^e jour. Vomissements abondants, sans récédive le 22^e jour. Le 28^e jour, 2^e temps.

2^e Intervention. 29 juillet 1931. (Docteur BERGERET.)

Anesthésie au protoxyde d'azote.

Incision médiane sus-ombilicale.

Ablation de toute la partie de l'Estomac qui a été exclue, et d'une partie du Duodénum.

Fermeture de la paroi en un plan. 4 drain.

Il existe une Ulcération d'aspect Cancéreux située au niveau du bord supérieur du pylore.

L'examen Histologique montre qu'il s'agit d'un Ulcère calleux.

III. — Suites.

Immédiates : élévation thermique à 38° puis crochet à 39° le 5^e jour. Chute en lysis à 37° le 11^e jour. Tonicardiaques. Ablation du drain le 4^e jour. Ablation partielle des fils le 7^e jour. Complète le 12^e. La malade sort guérie le 25 octobre.

OBSERVATION XI

Double ulcère : petite courbure à cinq centimètres du Pylore et D-I face antérieure. juxta-pylorique.

Mme G..., France, 51 ans.

I. Entrée le 16 novembre 1951 pour un syndrome douloureux épigastrique, ayant débuté il y a une année environ et caractérisé d'abord par des crampes avec pyrosis, d'horaire irrégulier.

En juillet, première crise ulcéreuse typique, durant une huitaine de jours. Douleur épigastrique sans irradiation, à type de brûlure, survenant deux à trois heures après les repas, calmée par l'apparition de vomissements, aqueux plus qu'alimentaires.

Longue période de calme.

Puis, en octobre dernier, réapparition des mêmes crises, avec irradiations douloureuses dans la région scapulaire gauche. Elles n'ont pas cessé depuis.

La malade n'accuse pas d'Hématémèse ni de Méléna.

Depuis octobre, amaigrissement prononcé mais non chiffré.

A l'examen : légère contracture des droites. Un point douloureux épigastrique, légèrement à gauche de la ligne médiane. Ni clapotage, ni ondulations.

Le tubage gastrique ne ramène aucun liquide de stase.

L'examen radiologique (Docteur CAROLI) a été confirmé en tous points par le résultat de l'intervention.

II. — **Intervention.** 5 décembre 1951. Docteur BERGERET.

Incision médiane sus-ombilicale.

Ulcère large comme une pièce de 1 franc, siégeant sur la petite courbure à cinq centimètres du pylore. Deuxième Ulcère de la face antérieure de D1. juxta-pylorique.

Exclusion Haute de l'Estomac.

L. G. J.

III. — **Suites.** *Immédiates* : crochet thermique à 39 le deuxième jour; chute à 37 le lendemain. Ablation du drain le 4^e jour, des agrafes le 6^e, des fils le 9^e. Sortie le 19^e jour.

Éloignées : bonnes, reprise du poids et de l'alimentation, pas de troubles gastriques ou coliques.

OBSERVATION XII

Ulcère de la petite courbure à six centimètres du Pylore.

Mme G... Louise, 54 ans.

I. — Syndrome dyspeptique ancien. Crises douloureuses. Vomissements.

L'examen radiologique (Docteur Le CONIAT) montre une perte de souplesse et de mobilité de la grande courbure de l'antrum, avec retard à l'évacuation gastrique, et permet de poser le diagnostic d'Ulcère calleux de la région pylorique.

II. — **Intervention.** Le 29 décembre 1951. (Docteur BERGERET).
Ulcère de la petite courbure à six centimètres du pylore.
Exclusion Haute.
Implantation gastro-jéjunale.

III. — **Suites.**

Immédiates : normales, à part une élévation thermique à 39 les 2^e et 5^e jours, par encombrement pulmonaire. Sédation aux thérapeutiques habituelles. Vaccin anti-pneumococcique.

Sortie le 25^e jour.

Éloignées : bonnes. Reprise progressive du poids et de l'alimentation. Pas de petit estomac, pas de syndrome diarrhéique.

OBSERVATION XIII

**Ulcère calleux de la face antérieure
et du bord supérieur de D-I
adhérent au pédicule hépatique et au Pancréas.**

P... Eugène, 65 ans.

I. — Malade vu pour la première fois en mars 1928, pour des douleurs tardives périodiques. Acidité totale de 4,5 avec Hyper-sécrétion considérable à l'Histamine. La radioscopie (Docteur LAGARENNE) montre une image d'Ulcère duodénal avec Sténose spasmodique du pylore et dislocation centrale. A partir de ce moment les douleurs croissent en fréquence et en intensité.

Vers la fin de 1928, apparition d'un Syndrome net de Maladie de Vaquez. Le visage et les mains prennent une coloration rouge lilas. La numération globulaire montre un chiffre croissant de globules rouges, atteignant au dernier examen 14 millions. Globules blancs 50 000. Polynucléaires 85 %. Le Docteur AUBERTIN, consulté pose le diagnostic de Maladie de Vaquez vraie, compliquant un Ulcère duodénal.

Sous l'influence du repos au lit, du traitement bicarbonaté, du sous-nitrate de Bismuth à haute dose, les douleurs gastriques cessent, l'image radiologique d'Ulcus disparaît, et la formule sanguine revient à la normale. Cette remarquable sédation se maintient pendant trois ans.

En septembre 1931, tout reparaît; les troubles digestifs reviennent: le chiffre des globules s'élève à 11 millions. Enfin des Hémorragies intestinales répétées, très graves, commandent l'intervention d'urgence.

II. — **Intervention**, 25 janvier 1932 (Docteur BERGERET).

Anesthésie locale.

Ulcère calleux de la face antérieure et du bord supérieur de D-I adhérent au pédicule hépatique et au Pancréas.

L'Estomac saigne abondamment en nappe. Ces vaisseaux sont turgescents et saignent avec la plus grande facilité.

Exclusion haute rapide.

I. G. J.

III. — **Décès** le lendemain au milieu d'un syndrome hémorragique continu.

OBSERVATION XIV

Ulcère calleux pylorique. Perforation, puis Hémorragies récidivantes.

X..., 18 ans (Docteur BOPPE).

I. — Malade souffrant de l'Estomac depuis cinq ou six ans. Syndrome dyspeptique avec distension abdominale post-prandiale. Examinée plusieurs fois à l'extérieur : diagnostic de dyspepsie sans Ulcus.

Le 20 avril au matin, douleur brusque en coup de poignard ; vers quatre heures du soir vomissements et petite Hématémèse, A huit heures, le Docteur BOPPE l'examine et pose le diagnostic de Perforation ou Gastrique d'origine Ulcéreuse.

Intervention à dix heures du soir, liquide séro-purulent dans l'abdomen en abondance, gros Ulcère calleux de la région pylorique à la face antérieure et près du bord supérieur du pylore. Enfouissement par la technique habituelle. Drainage sus-pubien.

Suites d'abord normales. Puis au 6^e jour, un grand vomissement noir. Au 7^e jour, Hématémèse, très importante avec syncope. Transfusion de 400 grammes qui remonte le malade très rapidement. Au 9^e jour nouvelle hématémèse, avec syncope, transfusion de 450 grammes.

Devant la répétition des Hémorragies, on décide, malgré la faiblesse du malade, de réintervenir. On pratique une troisième transfusion la veille de l'Intervention.

II. — Intervention (Docteur BOPPE).

Anesthésie locale.

On voit l'Estomac blanc, lavé, toute la zone pylorique oedémateuse et en partie adhérente à la face inférieure du foie. Aucun traitement local de l'Ulcère n'est possible.

Infiltration anesthésique des Mésos,

Exclusion Haute. Section de l'Estomac sur le tiers supérieur du fondus. Ligature Haute de la Coronaire, de l'artère pylorique, et

des deux Gastro-Epiploïques. Fermeture du bout distal. Implantation Gastro-jéjunale à la manière de FINSTERER.

Tranfusión sanguine de 200 grammes en fin d'intervention.

III. — **Suites.** Opératoires normales. Le malade se remonte rapidement. Il a engraisé de douze kilogrammes, n'a plus jamais présenté de vomissements ni d'Hématémèse, mais n'est pas complètement guéri : persistance de pesanteurs gastriques après les repas.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Toutes les fois où la Gastrectomie en deux Temps sera indiquée, on devra, de préférence à la Méthode classique, employer l'Exclusion Haute suivie de Résection, telle que nous l'avons décrite :

II. — Dans le premier temps, on adjoindra, aussi souvent que possible à l'Exclusion une Résection du Corps et de l'Antre pylorique, en totalité ou en partie, à l'exemple de FINSTERER.

III. — Cette Méthode ne saurait supplanter ni la Gastrectomie large d'emblée, ni la Gastro-jéjunostomie, mais elle garde ses indications électives dans :

1° Les Ulcères térébrants du duodénum, avec adhérences étendues de la région du Carrefour, Ulcères difficilement extirpables d'emblée, chez les sujets tarés, obèses ou fatigués.

2° Les Hémorragies répétées d'origine Ulcéreuse.

IV. — En ce qui concerne la Technique, on réalisera l'anastomose suivant les principes de HOFFMEISTER et

FINSTERER : bouche de 6 à 8 centimètres au point déclive : fermeture de la partie supérieure de la Tranche Gastrique en queue de raquette.

V. — Les Résultats, sous réserve des indications précisées plus haut, sont :

Immédiatement, beaucoup moins choquants que dans la Gastrectomie, dont les risques sont ainsi dédoublés.

A longue échéance, (autant que le recul de plusieurs mois nous permette d'en juger) fonctionnellement égaux à ceux de cette opération.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de Thèse,
B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. BERGERET. — La Gastrectomie avec Implantation gastro-jéjunale Transmésocolique. *In Travaux de Chirurgie du Professeur HARTMANN*. 7^e série. Estomac et Duodénum. Masson, 1928.
2. BERGERET et CAROLI. — Les résultats de la Gastrectomie et de la Gastro-Entérostomie dans le Traitement de l'Ulcère. *La Presse Médicale*, 21 octobre 1951.
5. B. CUNÉO. — Traitement chirurgical des Grandes Hémorragies Gastro-Duodénales. *Paris Médical*, 1951.
4. DEVINE. — Cité *in* Professeur PIERRE RHEAUME. Technique Chirurgicale. Estomac et Duodénum. Masson, 1952, pp. 248-50.
5. FINSTERER. — Traitement Chirurgical de l'Ulcus duodénal non extirpable (*Arch. für Klinische Chirurgie*, tome CXLIII, fasc. 1, p. 685).

Résultats immédiats et éloignés du Traitement opératoire de l'Ulcus Gastrique et Duodénal (*Medizinische Klinik*, XXIII, nos 15 et 16).

Technique de la Gastrectomie (rapport de V. PAUCHET). *Société des Chirurgiens de Paris*, 19 mars 1952, pages 100-117.
6. N. HORTOMOMEI et C. BUFLUREANU. — Chirurgie de l'Ulcère gastrique et Duodénal. Masson, 1951.
7. J. OKINCZYK. — Les Résultats éloignés du Traitement Chirurgical de l'Ulcère du Duodénum. *Rapport au Congrès de Chirurgie*, Paris, 1928.

8. C.-A. PANNET. — Duodenectomy. *British Journal of Surgery*.
Octobre 1924.

9. V. PAUCHET. — Pratique Chirurgicale Illustrée.

Cancer d'Estomac. DOIN, 1928.

Ulcères de l'Estomac et du Duodénum. DOIN, 1929.

Technique de la Gastrectomie. *Société des Chirurgiens de Paris*, 1931.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	15
Historique.	17
Indications.	19
Avantages et inconvénients.	29
Technique.	51
Résultats	41
Observations.	47
Conclusions	75
Bibliographie	75

IMPRIMERIE LAHURE

9, rue de Fleurus, Paris.

2567 — 6-1952.
